DESIGUALDAD, TRABAJO Y SALUD PÚBLICA: RELACIONES TEÓRICAS Y DETERMINACIONES VITALES

INEQUALITY, WORK, AND PUBLIC HEALTH: THEORETICAL LINKS AND VITAL DETERMINATIONS

DESIGUALDADE, TRABALHO E SAÚDE PÚBLICA: VÍNCULOS TEÓRICOS E DETERMINAÇÕES VITAIS

Mg. Micaela Anahí María Aguirre[1]
(Universidad Nacional de Colombia /
Universidad Católica del Norte, Colombia)

Fecha de recepción: 30 de septiembre de 2022
Fecha de aceptación: 14 de noviembre de 2022

Cómo citar: Aguirre, M. A. M. (2022). Desigualdad, trabajo y salud pública: relaciones teóricas y determinaciones vitales. *Revista Pares - Ciencias Sociales, 2*(2), 270-299.

ARK CAICYT: http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s27188582/maa1qcrn5

Resumen

El documento a continuación tiene como objetivo caracterizar la relación entre la cuestión social y sus dimensiones constitutivas y el campo de la salud pública. En el marco de este objetivo, el artículo pretende dar respuesta a dos interrogantes centrales, a saber: 1. ¿Cómo se expresa la relación entre la desigualdad y los procesos de distribución y producción de

[1] Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba. Magíster en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Candidata a Magíster en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente se desempeña como docente en el Departamento de Ciencia Política, Universidad Nacional de Colombia y en la Facultad de Ciencias de la Educación, Sociales y Humanas, Universidad Católica del Norte.

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9081-2912

E-mail: miaguirre@unal.edu.co

fenómenos de salud/enfermedad/atención/cuidado?, 2. ¿Cómo se expresa la relación entre el trabajo y la protección social y los procesos de distribución y producción de fenómenos de salud/enfermedad/atención/cuidado? Para responderlos, se presenta un ejercicio de indagación documental que registró producciones a nivel global durante los últimos diez años y que permite explicitar las relaciones entre las desigualdades contemporáneas y los índices de esperanza de vida y mortalidad, las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas no transmisibles y las brechas en el acceso a afiliación y atención sanitaria; así como también las transformaciones en el mercado laboral y la división sexual del trabajo con padecimientos particulares de salud mental, aumentos de accidentes laborales y lesiones específicas como las de esfuerzo repetitivo.
Palabras claves: Salud pública, desigualdad, trabajo, protección social

Abstract
This paper has as an objective to advance in the theoretical links between the two central categories that make up the field of research: public health and social question. The article intends to answer two main questions: 1. How is the link between inequality and the distribution and production processes of health/disease/attention/care? 2. How is the link between work and social protection and the distribution and production processes of health/disease/attention/care? To answer them, a documentary inquiry exercise is presented that recorded global productions during the last ten years. It makes it possible to explain the links between contemporary inequalities and rates of life expectancy and mortality, infectious diseases, chronic diseases, and the gaps in access to affiliation and health care; as well as the transformations in the labor market and the sexual division of labor with particular mental health conditions, increases in work accidents and specific injuries such as those from the repetitive effort.
Keywords: Public health, inequality, work, social care

Resumo
Este artigo tem como objetivo avançar nas articulações teóricas entre as duas categorias centrais que compõem o campo de pesquisa: saúde pública e questão social. O artigo pretende responder a duas questões centrais: 1. Como se expressa a relação entre a desigualdade e os processos de distribuição e produção de saúde/doença/atenção/cuidado? 2. Como se expressa a relação entre trabalho e proteção social e os processos de distribuição e produção de saúde/doença/atenção/cuidado? Para respondê-las, apresenta-se um

exercício de investigação documental que registrou produções globais durante os últimos dez anos. Permite explicar as relações entre as desigualdades contemporâneas e as taxas de expectativa de vida e mortalidade, doenças infecciosas, doenças crônicas e as lacunas no acesso à filiação e à assistência à saúde; bem como as transformações no mercado de trabalho e na divisão sexual do trabalho com condições particulares de saúde mental, aumento de acidentes de trabalho e lesões específicas como as decorrentes do esforço repetitivo.
Palavras-chave: Saúde pública, desigualdade, trabalho, proteção social

1. Introducción

El presente artículo se enmarca en un proceso de investigación desarrollado en la Universidad Nacional de Colombia. Esta investigación se propone comparar cómo se transforma el campo de la salud pública a partir de la incidencia de políticas asistenciales sobre las dimensiones constitutivas de la cuestión social: desigualdad, trabajo, pobreza y calidad de vida en Colombia y Argentina (2000-2021). A modo de avances preliminares, en este documento se propone como objetivo caracterizar la relación entre la cuestión social y sus dimensiones constitutivas y el campo de la salud pública. En el marco de este objetivo, el artículo pretende dar respuesta a dos interrogantes centrales, a saber: 1. ¿Cómo se expresa la relación entre la desigualdad y los procesos de distribución y producción de fenómenos de salud/enfermedad/atención/cuidado?, 2. ¿Cómo se expresa la relación entre el trabajo y la protección social y los procesos de distribución y producción de fenómenos de salud/enfermedad/atención/cuidado?

La relevancia de dar respuesta a estas preguntas radica en dos fundamentos centrales. Por un lado, para el campo de la salud pública, constituiría un aporte fundamental en el horizonte de comprender con mayor integralidad las maneras en las que los procesos sociales, políticos, económicos y culturales operan sobre la determinación de la salud, es decir, cómo se expresa de manera concreta esa relación dialéctica y compleja entre procesos sociales y biológicos.

Por el otro, para el campo de la política social, avanzar sobre estos interrogantes implica un esfuerzo por reconocer las especificidades de la cuestión social hoy, es decir, su materia prima y objeto fundamental de estudio. Trazar vínculos entre la desigualdad, el trabajo y la protección social y los procesos de salud permitiría comprender cómo la contradicción inherente al capitalismo moderno desde sus orígenes, se expresa en la contemporaneidad en problemas específicos y padecimientos vitales que deben constituirse en campo de acción para la intervención social del Estado.

Con ese horizonte, el artículo se estructura de la siguiente manera: inicialmente se presenta el recorte epistemológico y conceptual desde el que se comprenden las categorías claves: salud pública y cuestión social. Seguido a un pequeño apartado en el que se consignan los materiales y métodos empleados, se ofrecen dos de las claves analíticas centrales que permiten construir la relación entre ambas categorías: desigualdad y trabajo. Finalmente, se presentan conclusiones e interrogantes emergentes.

2. Punto de partida: delimitación conceptual y epistemológica

A los fines de ofrecer una conceptualización de la noción de salud pública que delimitó el campo de estudio, se parte de reconocer en los aportes de Fierros Hernández (2014), Sarmiento Machado (2013) y Gómez (2002) un elemento en común: el concepto de salud pública se presenta como un término polisémico ya que, por un lado, permite definir tanto un *saber* como una *práctica* y un *hecho colectivo* y, por el otro, porque se constituye como un concepto histórica y territorialmente situado, que se ha modificado con el tiempo de acuerdo a los distintos mecanismos organizados de protección de la vida en común. Frente a esta polisemia, en los próximos párrafos se presentarán aquellos aportes que permitieron construir un concepto de salud pública pertinente para guiar y enmarcar esta indagación.

Inicialmente, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ofrecen ciertas delimitaciones conceptuales que tienen gran peso no solo en la academia, sino también en el diseño y planificación de políticas públicas. Sarmiento Machado (2013) presenta con claridad cómo la noción de salud pública de la OMS, inicialmente entendida como "las acciones colectivas e individuales, tanto del Estado como de la sociedad civil, dirigidas a mejorar la salud de la población" (p. 152), se expandió a partir de aportes de pensadores de la OPS hacia:

> La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud y el desarrollo de sus potencialidades. (Sarmiento Machado, 2013: 152)

Ahora bien, en América Latina podemos encontrar una serie de escuelas de pensamiento en salud como la Medicina Social y la Salud Colectiva que, apostando por complejizar críticamente este vínculo entre salud y estructura social reconocido en las conceptualizaciones de la OMS y la OPS, nos ofrecen nuevos aportes para delimitar el campo. En ese sentido, Breilh (2011, 2013) define la salud pública como un proceso colectivo que está atravesado de manera dialéctica e intrínseca por el régimen social, económico, político y cultural. De esa manera, plantea un punto de ruptura: desde este enfoque, la salud pública no *incluye* dimensiones sociales, económicas o políticas, sino, por el contrario, *es en sí misma* un campo social. Podemos avanzar, entonces, en conceptualizar desde este enfoque a la salud pública como el estudio de la producción y distribución de los fenómenos de salud, enfermedad y atención de las poblaciones como parte de la reproducción social (Almeida Filho y Paim, 1999; Almeida Filho, 2020).

Asimismo, la incorporación de perspectivas de género en el campo de la salud pública permitió ampliar esta delimitación conceptual incorporando la noción de cuidado (Domínguez Mon, 2015, 2017; Pautassi, 2016). Al respecto, Domínguez Mon (2017) plantea que, desde fines del Siglo XX, a raíz de las transformaciones epidemiológicas latinoamericanas y el crecimiento de las afecciones crónicas, en el campo de la salud pública fue necesario incorporar esta categoría como eje fundamental en la atención de malestares y en la construcción de salud.

Incorporar la categoría de cuidado dentro del campo de la salud pública implica, entonces, ampliar la mirada hacia los procesos y prácticas de protección, atención, rehabilitación, que se originan en la domesticidad y se sostienen, principalmente, en trabajo feminizado no remunerado (Mendes Diz, Domínguez Mon y Schwarz, 2011). De acuerdo con Pautassi (2016), desde este enfoque se sostiene la centralidad del cuidado dentro de la reproducción de la vida y el proceso de salud, por lo que la conceptualización del campo de la salud pública incluiría, necesariamente todas las tareas domésticas que permiten resolver necesidades cotidianas a nivel material y simbólico: desde el autocuidado hasta el cuidado directo hacia otras personas, incorporando tanto la generación de condiciones propicias para el cuidado como la gestión del mismo (Ceminari y Stolkiner, 2018).

A partir de estos aportes, a los fines de este artículo, se entenderá la salud pública como el campo de conocimiento e intervención sobre la producción y distribución de los fenómenos de salud, enfermedad, atención y cuidado de las poblaciones. Estos fenómenos incluyen tanto la atención, disminución y rehabilitación de dolencias, discapacidades, lesiones o malestares como la organización de esfuerzos orientados a la promoción de la salud, el

bienestar y la calidad de vida de las poblaciones. Asimismo, se asume que el proceso de producción y distribución de estos fenómenos es intrínsecamente social y se encuentra determinado de manera dialéctica por las formas de organización política, económica y cultural de la comunidad.

Llegados a este punto, resulta estratégico detenerse en profundizar cómo se comprende, a los fines de este documento, el proceso de determinación dialéctica que permite vincular los procesos sanitarios con las dinámicas sociales, políticas, económicas y culturales señaladas. Eslava Castañeda (2017) aporta cómo no existe una forma única de conceptualizar y abordar la noción de determinación dialéctica en el campo de la salud pública. Señala que, en el campo de la medicina social latinoamericana y la epidemiología crítica, podemos encontrar, sin embargo, dos puntos en común para la reflexión en torno a la determinación de los procesos de salud: por un lado, el reconocimiento, ya explicitado, de que los fenómenos sanitarios son tanto fenómenos biológicos como intrínsecamente sociales. Por el otro, la necesidad de comprender las dinámicas y procesos sociales para acercarnos a la dilucidación de las condiciones específicas de salud de las poblaciones. De esa manera, sostiene que:

> La idea de determinación social de la salud presupone, por tanto, la discusión acerca de las relaciones entre individuo y sociedad (…) Y al hacerlo, se instaura en un terreno de reflexión epistemológica que indaga sobre las posibilidades que los sujetos tienen de conocer (y actuar en) la realidad, la cual se presenta de manera múltiple y compleja. (p. 399)

Es así como los aportes del paradigma de la complejidad en salud se tornan necesarios a la hora de sentar las bases epistemológicas desde las que se propone este ejercicio de indagación. Este paradigma parte del reconocimiento de ciertos vacíos epistemológicos al interior de las ciencias de la salud y, particularmente, las ciencias epidemiológicas para comprender las lógicas causales de los padecimientos, en tanto estos se "determinan, no por la acción de factores de riesgo individuales, sino por la participación de 'lo social' articulado con 'lo biológico' como una totalidad" (Ramis Andalia y Sotolongo Codina, 2009: 69).

El concepto de totalidad dentro del paradigma de la complejidad en salud permite, de esa manera, disputar con la idea cartesiana moderna de segmentar la realidad y pensar el todo como una mera suma de las partes (Lewontin y Levins, 2015). Por el contrario, la idea de totalidad nos permite distanciarnos de la diferenciación disciplinar y segmentada entre ciencias sociales y ciencias naturales y repensar cómo los procesos biológicos y sociales no existen de manera separada, sino que se subsumen en procesos complejos que, a través de

múltiples relaciones, no necesariamente monocausales, sino no lineales, caóticas, contradictorias y superpuestas, les otorgan especificidad a los fenómenos de salud/enfermedad/atención/cuidado. De esa manera, "se propone un modelo de análisis diferente, donde las causas no son ni únicas, ni múltiples, sino complejas" (Ramis Andalia, 2004: 11).

A los fines de este documento, la categoría central que se propone como orientadora en la indagación de fenómeno complejo, los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado, es la noción de cuestión social. En este ejercicio, se la comprendió como una contradicción inherente a las sociedades capitalistas contemporáneas (Castel, 1997), que se expresa en dimensiones constitutivas: la desigualdad, el trabajo, la pobreza y la calidad de vida. De acuerdo con Grassi (2006), la contradicción que da origen a la cuestión social en el capitalismo moderno refiere a la disyuntiva entre la desposesión y la igualdad-libertad; falla estructural que no se presenta como posibilidad de ruptura, sino que, en cada época y sociedad, se operacionaliza y expresa en problemas sociales específicos, conformados y constituidos por las maneras en las que se interroga, se interpreta y se interviene sobre ella.

De esta manera, con estas delimitaciones conceptuales iniciales, se realizó un ejercicio de indagación documental que registró producciones a nivel global durante los últimos diez años, desde dos grandes enfoques: las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Este trabajo analítico se realizó con el horizonte de explicitar qué relaciones se construyeron desde la academia entre dos de las dimensiones constitutivas de la cuestión social y el campo de la salud pública.

3. Materiales y métodos

El estudio presentado en este documento forma parte de la investigación realizada para optar al título de Magíster en salud pública en la Universidad Nacional de Colombia. Los resultados aquí presentados se obtuvieron a través de un ejercicio de indagación documental sobre producciones que abordaran de manera conjunta el campo de la salud pública y las categorías definidas como constitutivas de la cuestión social. Se priorizaron aquellos materiales elaborados en Latinoamérica en los últimos diez años.

Los materiales utilizados se obtuvieron a través de la búsqueda sistemática en cuatro portales: Dialnet, Google académico, Scielo y Jstor durante el período marzo-septiembre del año 2022. Esto permitió el acercamiento al campo de interés desde dos grandes enfoques: las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Se trabajó con 75 artículos en total, material que

fue analizado a partir del método de análisis de contenido cualitativo temático (Marradi, Archenti y Piovani, 2018). Los resultados del análisis se presentan a continuación.

4. Salud pública y desigualdad

Como punto de partida para el desarrollo de este apartado, se recuperan los aportes de Therborn (2010, 2013) quien plantea que la desigualdad se configura como un orden sociocultural que reduce las posibilidades de los sujetos de funcionar como seres humanos. Este orden tiene múltiples expresiones, que serán abordadas a lo largo de los próximos párrafos, pero parten de una premisa fundamental para este estudio: las desigualdades constituyen una violación y una restricción a las capacidades humanas.

Por otro lado, la categoría de desigualdad es una categoría fundacional y central de las ciencias sociales. Jelin, Motta y Costa (2020) señalan cómo el interés académico por conceptualizar, explicar e investigar esta categoría asistió a un giro y fortalecimiento en América Latina a partir de la instalación del neoliberalismo como modelo de organización de los Estados. En tanto los efectos del capitalismo global y las políticas neoliberales impulsaron una nueva centralidad del mercado en la distribución y redistribución de la riqueza, la investigación en torno a desigualdades sociales se fortaleció y transformó. Entre otros, sus aportes permiten reconocer un cambio desde un interés exclusivo en las desigualdades socioeconómicas hacia una ampliación del concepto, que incluye disparidades con base en el género, la edad, la etnia, los territorios y las ecologías.

En coherencia con estos aportes, entonces, en este documento se asume que la categoría de desigualdad no se relaciona únicamente con desigualdades socioeconómicas. Por el contrario, se reconoce la nominación que realiza Therborn (2010; 2013) entre desigualdades de orden vital (vinculadas a las oportunidades desiguales construidas socialmente frente a la vida y supervivencia del organismo humano), de orden existencial (relacionadas con las posibilidades desiguales de autonomía, dignidad y desarrollo personal) o de renta (vinculadas a la disponibilidad de recursos monetarios). Con esta premisa teórica como guía, el siguiente apartado se ocupa de indagar cómo las desigualdades, en sus tres órdenes de expresión, de manera interrelacionada, producen formas específicas de vivir, enfermar y morir (Breilh, 2011).

A estos fines, Benach (2021) y Benach, Vergara y Muntaner (2008) sostienen que la desigualdad constituye la mayor epidemia del Siglo XXI y permite explicar las diferencias abismales en las maneras de enfermar y morir a nivel global. De esa manera, plantean que la

desigualdad en salud se caracteriza a partir de, al menos, cinco elementos: su carácter es enorme, gradual, creciente, adaptativo e histórico.

Los autores afirman que las desigualdades en salud tienen una magnitud enorme en tanto aquellas poblaciones que viven en las condiciones socioeconómicas más privilegiadas de un país o una ciudad asisten a procesos de salud de mejor calidad que aquellos de las poblaciones menos favorecidas. De esta manera, las diferencias producidas por la desigualdad en la probabilidad de morir entre las clases más vulnerables a nivel global son mayores, por ejemplo, que aquellas producidas por factores centrales para la salud pública como el tabaquismo.

En cuanto al segundo elemento, su carácter gradual, los autores plantean que las desigualdades en salud se expresan a lo largo de toda la escala social. De esa manera, se sostiene que la relación entre desigualdad y salud no constituye un problema pura y exclusivamente de la pobreza: no basta con comprender que aquellos sectores más empobrecidos se enferman y mueren de manera diferencial. Este concepto se vincula con los aportes de Lima Barreto (2017), quien señala cómo el fenómeno de la desigualdad permite comprender cómo a medida que se concentra más la riqueza y se limita el acceso a bienes como la educación, el alimento y la atención sanitaria, la salud de las poblaciones también empeora de manera progresiva.

A raíz de este fenómeno, también el paradigma de la complejidad en salud fundamenta la pertinencia de repensar y revisar los enfoques desde los que la salud pública se acerca a la comprensión y atención de los padecimientos poblacionales. Ramis Andalia y Sotolongo Codina (2009) sostienen que la privatización de los servicios y los recursos de la salud pública transforma el campo poniendo la lucha contra las desigualdades e inequidades como un primer paso ineludible para la protección de la vida. El carácter gradual y expansivo de estas desigualdades se entrelazan con sufrimientos y padecimientos específicos. Al respecto, afirman que:

> Se incrementa el enriquecimiento de pocos y la pobreza extrema, crece la injusticia social, las desigualdades e iniquidades, lo que en conjunto amenaza con destruir la humanidad. Este panorama explica las grandes diferencias que se observan en la salud de las poblaciones a nivel mundial, donde los menos favorecidos carecen de recursos y servicios esenciales para garantizar su vida, padecen de desigualdades e iniquidades, que se traducen en mayor número de migraciones, enfermedades, sufrimiento y muerte. (Ramis Andalia y Sotolongo Codina, 2009: 67)

Asimismo, las desigualdades en salud pueden caracterizarse como crecientes. Esto implica que la desigualdad constituye un fenómeno persistente y que, a pesar de que durante el siglo XX en general las tasas de mortalidad de los países se han reducido y la esperanza de vida se prolongó, las desigualdades en cuanto a las formas de morir de acuerdo con las clases sociales se han agrandado (Benach y Muntaner, 2005; Wilkinson y Pickett, 2009). Para comprender esta afirmación, resulta pertinente recuperar una categoría central para el campo de la salud pública: la determinación social de la salud. Este concepto permite explicar cómo estructuras macrosociales, como la ampliación de brechas de desigualdad entre clases sociales, se traducen en dimensiones particulares y singulares que derivan en perfiles epidemiológicos específicos (Breilh, 2013; Paredes Hernández, 2020).

En palabras de Therborn (2013), esto significa que la desigualdad de clase *mata*, en tanto deriva en diferencias concretas en esperanza de vida, *afecta*, en tanto genera enfermedades y padecimientos que acompañan la vida de manera diferenciada de acuerdo con la clase social, y *atrofia*, en tanto determinadas privaciones, principalmente en la infancia, disminuyen las posibilidades de desarrollo humano a lo largo de toda la vida. Algunos indicadores que permiten especificar este concepto se abordarán en los próximos párrafos.

Al retomar las características de las desigualdades en salud, es posible acercarse a ellas, también, en clave de adaptativas. Esto implica incorporar una nueva categoría: la noción de ley inversa de atención sanitaria. Con ese término, los autores refieren al proceso mediante el que los grupos más privilegiados en las escalas socioeconómicas se apropian y benefician antes y de mejor manera de las acciones públicas, sociales y colectivas dirigidas a mejorar la salud. Esto significa que la organización específica de los sistemas sanitarios es consecuente con sostener y reproducir las escalas de desigualdad sociales: a mayores necesidades, menor y peor atención, ya sea en servicios de prevención, promoción y/o curación de la enfermedad (Benach, Vergara y Muntaner, 2008).

Por último, los autores caracterizan a las desigualdades en salud como históricas. Esto implica que la desigualdad cambia, se adapta y se expresa de manera diferenciada a lo largo del tiempo y los territorios: "en definitiva, la sociedad cambia, las enfermedades varían y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente de diferencias en salud injustas y evitables persiste o aumenta" (Benach y Muntaner, 2005: 65).

Este carácter histórico de las desigualdades en salud se puede profundizar con los aportes de Lima Barreto (2017). Inicialmente, en su literatura se puede identificar un punto de diálogo y encuentro con los aportes presentados de Benach, Vergara y Muntaner (2008), en tanto ambas propuestas teóricas coinciden en que las desigualdades visibles en el campo

sanitario responden y tienen su raíz explicativa en desigualdades observadas en otros planos de la vida social, económica y política. Al mismo tiempo, coinciden también con Wilkinson y Pickett (2009) en sostener que las desigualdades en salud se transforman históricamente, se expresan de manera diferenciada y, principalmente, persisten en el tiempo, tanto en países enriquecidos como aquellos de menor desarrollo económico.

Para Lima Barreto (2017), entonces, en el contexto actual de internacionalización y globalización de las economías, las desigualdades en salud pueden distinguirse hacia el interior de las naciones como entre ellas. A los fines de complejizar esta idea, Benach y Muntaner (2005), sostienen que las desigualdades en salud actualmente se caracterizan como ubicuas: es decir, abarcan todos los campos y escalas de estudio, ya sea se valoren desigualdades entre regiones, continentes, países, o al interior de ellos y/o categorías como clase, género o etnia. El concepto de desigualdad global en salud (Lima Barreto, 2017: 2098), se comprende, entonces, como el resultado y la interacción de las relaciones desiguales en sus distintos planos y permite explicar cómo la presencia de enfermedades y problemas de salud aumenta y se agrava entre los grupos que viven condiciones socialmente desfavorables, tanto entre países o al interior de ellos.

Los aportes teóricos presentados permiten sostener, entonces, que existe una vinculación contundente entre la salud pública y la desigualdad en tanto primera expresión de la cuestión social, vinculación que se sostiene en diversas dimensiones: en las desiguales condiciones de salud/enfermedad, en los niveles de riesgo para cada grupo poblacional o en el acceso diferenciado a recursos sanitarios. Asimismo, a nivel global, esa relación se puede expresar en diversos indicadores que permiten caracterizar su magnitud y relevancia. En los próximos párrafos se presentan algunos de estos seleccionados con base en su relevancia en los territorios de interés para el estudio.

Inicialmente, los índices de esperanza de vida constituyen una expresión central: a pesar de que, a nivel mundial, la esperanza de vida aumentó entre 2016 y 2020 un 8 %, las diferencias entre países de acuerdo con el ingreso continúan siendo profundas. A nivel global, la esperanza de vida al nacer para el año 2020 para varones era de 71 años y para mujeres, 75 años, mientras que, para Sierra Leona este indicador en el mismo año era de 55 años, y, para una persona nacida en Japón, 85 años (OMS, 2020).

Una dinámica similar se observa si se valoran indicadores de mortalidad infantil. Los niños en África Subsahariana asisten a 15 veces más de probabilidades de morir antes de cumplir 15 años que quienes nacieron en las regiones consideradas como desarrolladas (Requeijo *et. al.*, 2015, como se citó en Lima Barreto, 2017). Por ejemplo, la tasa de mortalidad

infantil más alta para el año 2020 fue, también, en Sierra Leona (80 muertes por cada 1.000 nacidos vivos). En América Latina y el Caribe destacan los valores de Haití, República Dominicana, Santa Lucía, y Bolivia (47, 28, 22 y 21 muertes cada 1.000 nacidos vivos respectivamente). En contraste, para el mismo indicador, las más bajas fueron San Marino, Japón y Eslovenia, entre otros (2 muertes cada país cada 1.000 nacidos vivos para el mismo año) (Banco Mundial, 2022).

Para el caso colombiano, los aportes de Mujica y Moreno (2019) resultan relevantes. Los autores sostienen que, en el departamento de Antioquia en el año 2015 existían profundas desigualdades en los niveles de supervivencia infantil en relación con el indicador de necesidades básicas insatisfechas (en adelante, NBI). Los municipios más vulnerables de acuerdo a este indicador tenían un riesgo de muerte infantil que era prácticamente el doble del de los municipios más favorecidos. Asimismo, sostienen que "el índice de concentración (-14,3%) señala la presencia de desigualdad negativa, es decir, una desproporcionada concentración de muertes infantiles en el extremo de municipios con mayor NBI" (Mujica y Moreno, 2019: 6).

Una tercera expresión de la relación entre desigualdad y salud pública es la prevalencia de enfermedades infecciosas y las muertes que causan. En el caso de la Tuberculosis, por ejemplo, más del 95 % de las muertes a nivel mundial por esta enfermedad se producen en países de ingresos bajos (OMS, 2019), mientras que 30 países en el mundo acapararon, en el 2018, el 87 % de los casos, lo que se asocia a desigualdades en el reparto de la riqueza y en el acceso inequitativo a servicios de atención sanitaria (Instituto Nacional de Epidemiología [INE], 2015).

Otro ejemplo relevante en el campo de las enfermedades infecciosas lo constituyen los indicadores en torno al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). De acuerdo con estadísticas de la OMS (2020), para el año 2020 se estimaba que, a nivel mundial, 37,7 millones de personas vivían con VIH y que, al menos, dos tercios de este total (25,4 millones) vivían en el continente africano. El organismo atribuye esta distribución desigual de la incidencia del VIH al acceso limitado a servicios de diagnóstico temprano, las inequidades en la distribución de recursos de tratamiento antirretroviral (en adelante, TAR) y a escasas políticas de prevención, lo que decantó en que, a nivel global, solo el 54 % de los niños que vivían con VIH en el 2020 recibían TAR. Mientras que en el año 2020, 14 países declararon a la OMS la eliminación de la transmisión maternofilial del VIH, 150.000 de VIH por transmisión materna. En Aniños que habitan, principalmente, el África subsahariana, contrajeron la infección por vía maternofilial durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Otro padecimiento que en este siglo se constituye como una enfermedad prevenible es el sarampión. A pesar de contar con vacunas, la OMS (2022b) registró, para el año 2017, más de 110.000 muertes causadas por sarampión en el mundo. De acuerdo con este informe, la mayoría de las muertes (más del 95 %) tuvieron lugar en países con ingresos bajos per cápita y estructuras sanitarias deficientes, así como también, se asociaron a malnutrición infantil y presencia en niños mérica Latina, los países con mayor incidencia del sarampión son Brasil, Venezuela, Argentina, México (OPS, 2022).

Un último ejemplo que ilustra de manera concisa la desigualdad en la distribución de los padecimientos infecciosos a nivel global es el dengue. De acuerdo con la OMS (2022a), en la actualidad esta enfermedad afecta la mayoría de los países asiáticos y americanos y se ha convertido en una de las principales causas de hospitalización y muerte de dichas regiones, que acaparan más del 70 % de notificaciones de dengue a nivel mundial. Dentro de la región americana, cinco países suman el 85,5 % de los casos: Brasil, Paraguay, México, Bolivia y Colombia (OPS, 2022).

Por último, a pesar de que, inicialmente, tanto las enfermedades crónicas como las no transmisibles fueron asociadas a los ritmos de vida de los países y regiones de mayor riqueza (Lima Barreto, 2017), en este campo, actualmente, también se puede observar con claridad cómo la desigualdad opera como factor determinante. De acuerdo con la OPS (2022), cada año mueren en el mundo 15 millones de personas de manera prematura por enfermedades no transmisibles, tales como cáncer, diabetes y afecciones respiratorias y cardiovasculares.

En este punto cabe recordar que con el concepto de muerte prematura se hace referencia a la muerte de un individuo antes de que este alcance su potencial máximo de expectativa de vida en un determinado momento histórico (Martinez *et al.*, 2019). Este fenómeno también ha sido estudiado por Therborn (2013), quien señala cómo en la aceleración e incremento de las muertes prematuras la desigualdad económica y educativa se configuran como factores determinantes. En ese sentido, recupera estudios epidemiológicos que señalan cómo, para la población estadounidense, quienes tienen 8 años de educación formal sufren enfermedades cardiovasculares, diabetes o padecimientos respiratorios entre 5 y 15 años antes en su curso de vida, que personas con al menos 16 años de escolarización. Si se toma como ejemplo la enfermedad de diabetes mellitus, se estima que para el año 2025 la cantidad de personas viviendo con esta enfermedad aumentará un 41 % en el mundo y, al menos, cuatro veces más (170 %) en países en desarrollo en relación con los indicadores de finales de siglo pasado (Domínguez Alonso, 2013).

En este campo de padecimientos no transmisibles, un abordaje de la literatura reciente permite vincular la supervivencia de personas con diagnóstico de cáncer con las desigualdades en materia de aseguramiento en salud y de renta para el caso colombiano (Arias Ortiz y De Vries, 2018). Sus aportes permiten comprender cómo las desigualdades en el aseguramiento se vinculan con una diferencia de entre 8 y 32 puntos en los niveles de supervivencia a diagnósticos oncológicos para el caso estudiado. De la misma manera, las proporciones de supervivencia fueron, al menos, 5 % más bajas en el grupo de menor renta en comparación con el de mayor poder adquisitivo. Los autores vinculan estas diferencias, primordialmente, a las barreras y retrasos en los procesos de atención, expresadas con mayor fuerza en los regímenes subsidiados de salud y, por supuesto, en las poblaciones que no cuentan con afiliación. Este análisis es congruente con los aportes ofrecidos por Ribeiro *et al.* (2015) para el caso brasileño y Pereira Díaz (2019) para el chileno, que estudiaron de manera particular la supervivencia de mujeres al cáncer de mamas.

La revisión de estos abordajes deriva, necesariamente, en el último indicador de análisis propuesto en este apartado: las brechas en los niveles de afiliación a los sistemas de protección en salud. Para la región de América Latina y el Caribe, en el año 2016, a pesar de la progresiva ampliación de los seguros de salud, persistía una diferencia de 37 puntos porcentuales entre el decil de menores recursos y el de mayores ingresos en la afiliación y cotización a seguros de salud (CEPAL, 2019).

Para el caso colombiano, por ejemplo, Hilarión-Gaitán *et al.* (2019) identificaron una diferencia contundente (82,31 casos más cada 100.000 personas) en los reportes de malaria entre las personas afiliadas al régimen subsidiado y las del régimen contributivo para el año 2018. Además, sostienen que "el pertenecer al régimen subsidiado se asoció con un aumento de 31,74 veces del riesgo de morir por desnutrición en menores de cinco años del país" (Hilarión-Gaitán *et al.*, 2019: 737). Estas brechas de desigualdad se pueden analizar con mayor complejidad si se recuperan los aportes de Viáfara-López, Palacios-Quejada y Banguera-Obregón (2021). Los autores, al abordar de manera relacional las categorías de afiliación al sistema de salud colombiano y la condición étnica racial, identificaron mayores probabilidades de estar afiliado a través del sistema subsidiado para la población indígena y afrodescendiente (1,8 y 1,4 respectivamente) que para la población que no se reconoce como parte de estos grupos poblacionales. De esta manera, el caso colombiano permite señalar cómo las desigualdades en la afiliación y acceso a seguros de salud se vinculan no solo con desigualdades de renta sino también étnicas-raciales y culturales, al tiempo que permite tender vínculos con padecimientos específicos y probabilidades diferenciadas de enfermar y morir.

5. Salud pública y trabajo

La segunda dimensión considerada constitutiva de la categoría de cuestión social es la del trabajo y la protección social. En ese sentido, en este apartado se desarrollará la relación teórica entre trabajo, protección social y salud pública, y sus principales expresiones a nivel global y regional.

Inicialmente, con el propósito de delimitar el campo de indagación, cabe resaltar que, en tanto eje central de la vida y la reproducción social en el capitalismo moderno (Giraldo, 2018), la categoría de trabajo es interpretada desde las ciencias sociales desde, al menos, dos enfoques distintos. En primer lugar, la venta de la fuerza de trabajo en el mercado de manera asalariada puede comprenderse como una consecuencia de la acumulación originaria y la práctica violenta de despojo que deja a los sujetos sin alternativas reales para resolver sus necesidades humanas (Zubero, 2000). Desde este enfoque, el trabajo, entonces, se conceptualiza como una práctica de opresión. Es en este sentido que diversos autores se interrogan en torno a cómo fue posible que el trabajo asalariado se instalara y naturalizara como único medio legítimo para resolver necesidades en las sociedades modernas. Al respecto, Castel (1997) sostiene que:

> Olvidamos que el salariado, que ocupa hoy en día a la gran mayoría de los activos y con el que se relaciona la mayoría de las protecciones contra los riesgos sociales, fue durante mucho tiempo una de las situaciones más inseguras, y también más indignas y miserables. Se era un asalariado cuando uno no era nada y no tenía nada para intercambiar, salvo la fuerza de su brazo. Se caía en el salariado como degradación del propio estado (…) estar o caer en el salariado era instalarse en la dependencia, quedar condenado a vivir "al día", encontrarse en manos de la necesidad. (p. 13)

Desde esta perspectiva, por lo tanto, el trabajo constituye una expresión, una consecuencia, de la desigualdad inherente a las sociedades capitalistas y se configura como una relación social injusta y sostenida en prácticas de despojo y violencia (Zubero, 2000).

Sin embargo, la construcción simbólica del trabajo como medio legítimo y necesario para la realización humana, logró naturalizar su centralidad en las sociedades modernas y transformarse en un fin en sí mismo, asociado a nociones de moral y dignidad humana. Bauman (1998) explica este proceso de transformación y naturalización a partir de la categoría de ética del trabajo. De acuerdo con el autor, la construcción e instalación de la ética moderna del trabajo se constituyó en una cruzada por imponer y subordinar a

poblaciones despojadas a prácticas de dominación y opresión. De esa manera, en los inicios del capitalismo, el trabajo se asoció a la noción de progreso (Mora, 2021) y la imposición de la ética del trabajo permitió desenvolver mecanismos de control y subordinación social que transformaron a los individuos en trabajadores como forma de integración al desarrollo capitalista.

En un segundo momento, esta manera de comprender el trabajo como el antagonista del ocio, de lo no-civilizado, se modificó. En un período de auge industrial, el trabajo se transforma en un medio para alcanzar la protección social y la promoción dentro de las jerarquías de la sociedad (Mora, 2021). De acuerdo con Topalov (2004), el elemento clave que permitió esta transformación fue el diseño de sistemas de protección sostenidos en el principio contributivo que permeó integralmente a la política de bienestar contemporánea.

Esta dinámica permite explicar cómo, desde perspectivas como el enfoque de derechos, el trabajo se entiende no como una relación desigual e injusta, sino como un elemento necesario y fundamental para lograr la integración social y, sobre todo, para garantizar de una manera legítima la protección social. La consecución del pleno empleo como horizonte económico y político se fundamenta, entonces, en la vinculación que el principio contributivo establece entre trabajo y protección social: el primero se define no solo como el medio antagónico a la propiedad para reproducir la vida, sino también, para hacer frente a las necesidades de protección en situaciones de enfermedad, discapacidad, vejez, entre otras.

Ahora bien, llegados a este punto, se torna necesario identificar cómo en las sociedades contemporáneas resulta problemático el hecho de que el principio contributivo constituya el criterio de acceso a la protección social. Esto en tanto, en escenarios de creciente desigualdad, este principio deja por fuera a grandes poblaciones que no logran vincularse al trabajo de manera formal y, por lo que, no se configura como garantía de redistribución de la riqueza. Por el contrario, la política social sostenida en modelos trabajocéntricos, se transforma en un mecanismo de reproducción de las desigualdades producto de la relación salarial (Mora, 2021).

En ese sentido, los límites de los regímenes contributivos para ofrecer protección social se sostienen en las fallas de su principal supuesto: el pleno empleo (Mora, 2021; Espino Granado, 2014). Como se desarrollará en los próximos párrafos, el desempleo, el subempleo y la informalidad caracterizan constitutivamente el mundo del trabajo en nuestras sociedades actuales, lo que decanta en una permanente inseguridad e incertidumbre para la vida de las poblaciones (Vite Pérez, 2007). Con claridad, Ibarra (2014) incorpora la categoría de

desprotección social para señalar cómo la erosión y precarización de las relaciones salariales en vinculación con sistemas de seguridad social contributivos consolida, en nuestros tiempos, la vulnerabilidad social y, en síntesis, el sufrimiento humano.

Teniendo en cuenta estas referencias teóricas, entonces, en las próximas páginas se presenta un análisis en torno a la relación entre trabajo y (des)protección social y el campo de la salud pública. A estos fines, se recuperan también los aportes de Aquín *et al.* (2014), quienes operativizan el análisis del mundo del trabajo en una doble expresión. Por un lado, reconocen el conjunto de formas, condiciones y características de los procesos de realización de las capacidades productoras y reproductoras de ingresos del sector de la población que, al no contar con recursos de capital, depende exclusivamente de la venta y explotación de su mano de obra. Por otro lado, reconocen también como trabajo el conjunto de tareas de cuidado intra y extrahogareño, no remunerado, que garantizan el sostenimiento de la vida y que realizan, en su mayoría, mujeres en el ámbito de la domesticidad. De acuerdo con las autoras, en este documento se considerará el cuidado realizado en la domesticidad como parte del mundo del trabajo.

Siguiendo a Torres-Tovar (2020) y a Antunes y Praun (2015), a nivel global, desde la década de 1970 el mundo del trabajo sufrió una transformación estructural guiada por la implementación de políticas neoliberales, que tuvo y tiene un impacto tanto en las condiciones y características de las relaciones salariales como en las situaciones de salud y vida de las personas trabajadoras. Nuevas expresiones de la cuestión social vinculadas al mundo del trabajo, como las dinámicas de desempleo y subempleo, los contratos temporales mediante la subcontratación y venta de servicios (Agudelo, 2013), la deslocalización de la producción y la flexibilización de las relaciones laborales (Giraldo, 2018), exponen a quienes trabajan a nuevos malestares y deterioros en su salud (Torres Tovar, 2019).

A los fines de ilustrar y dimensionar esta transformación, se recuperan los aportes de la Organización Internacional del Trabajo (en adelante, OIT). Para el año 2018, registraba que, a nivel mundial, 2.000 millones de personas trabajaban de manera informal, lo que representaba, al menos, el 61,2 % del empleo total. Al mismo tiempo, la informalidad laboral incide de manera más contundente en población joven (de 15 a 24 años) y en personas mayores de 65 años. En materia de género, la OIT ofrece dos análisis interesantes: en primer lugar, identifican que, a nivel mundial, el empleo informal es una fuente de ingresos mayormente para varones que para mujeres (63 % de los varones empleados trabajan en la economía informal, mientras que la cifra para mujeres alcanza el 58 %). Sin embargo, sostienen que ese panorama general oculta ciertas disparidades: en países de ingresos bajos,

el 92 % de las mujeres trabajadoras se desempeña en la economía informal, mientras que, para los varones, es del 87,5 %. Al mismo tiempo, "las mujeres de la economía informal se encuentran normalmente en situaciones más vulnerables que sus contrapartes masculinas, por ejemplo como trabajadoras domésticas, trabajadoras a domicilio o trabajadoras familiares auxiliares" (OIT, 2018: 21).

En este sentido, Torres-Tovar (2020) reconoce que las transformaciones en el campo de la salud pública pueden vincularse tanto a la mayor precarización del trabajo, que aumenta la nocividad de las condiciones laborales, como a la falta de empleo seguro, que decanta en protección social precaria e intermitente y, también, a las limitaciones en las posibilidades organizativas y sindicales, lo que implica "una nula o escasa participación de los trabajadores en las decisiones empresariales que atañen con su salud" (p. 120). Estas transformaciones se expresan en el incremento de la accidentalidad, enfermedad y muerte laboral, así como también, en la precarización de la vida de los asalariados y sus grupos familiares y en la negación sistemática de la relación salud y condiciones laborales (Torres-Tovar, 2020). De esa manera, el autor sostiene que la afectación de la salud y la vida por el trabajo constituye un problema global de salud pública al que caracteriza como *pandemia oculta* por su magnitud, aumento y sistematicidad.

De acuerdo con la OIT, en el año 2012 ocurrieron 2,34 millones de muertes vinculadas con el trabajo, cifra que se incrementó hacia el 2017 hasta 2,78 millones. En relación con los padecimientos no mortales, cada año ocurren 160 millones de enfermedades profesionales y 374 millones de accidentes en el trabajo, lo que significa que hubo un aumento de 57 millones de accidentes laborales entre el 2012 y 2017 (OIT, 2017).

A los fines de especificar estos aportes, una primera vinculación a identificar refiere al empleo, la desprotección social y la salud mental de quienes trabajan. Autores como Han (2012) y Ortiz Viveros, Martínez Pacheco y Ortega Herrera (2015) plantean que ciertas dinámicas económicas específicas de la globalización y el neoliberalismo en el mundo del trabajo como las exigencias de superrendimiento, la supercomunicación, las demandas de hiperproducción y el desmantelamiento progresivo de los dispositivos de protección social se traducen en agotamiento, fatiga, asfixia en las corporalidades de los trabajadores. De esa manera, malestares como la depresión, el síndrome de desgaste ocupacional, *burnout*, la ansiedad, el estrés, entre otros, configuran el panorama patológico de comienzos de este siglo para la clase trabajadora (Han, 2012), Amable (2009) y Amable, Benach y González (2001).

La inseguridad laboral, en tanto la percepción de la posibilidad de perder el empleo, y su consecuente inseguridad económica (Sora, Caballer y Peiró, 2014) fueron abordadas en

estrecha relación con el padecimiento del estrés. Las autoras recuperan una serie de estudios que les permiten asociar la sensación de un posible desempleo con la pérdida de seguridad y confianza en términos individuales, la insatisfacción con el propio proyecto de vida y la dificultad para la organización económica del tiempo cotidiano. Un aporte interesante que hacen las autoras a la discusión es el reconocimiento de la inseguridad e incertidumbre como un proceso que trasciende las percepciones y los padecimientos colectivos y que, en contextos de crisis, logra configurarse como un constructo colectivo, que trasciende a las organizaciones laborales y, también, familiares.

Espino Granado (2014) presenta esta relación con claridad: el trabajo precario, sin derechos de protección social, genera un doble padecimiento de estrés. Por un lado, vinculado al miedo al presente, a la incertidumbre de la resolución cotidiana de necesidades, y, por el otro, la ansiedad por el miedo al futuro, a mediano y largo plazo. De esa manera,

> se ha asociado la precariedad laboral con un aumento del nerviosismo y la ansiedad, miedo, sufrimiento, depresión y pérdida de la sociabilidad y las relaciones de amistad. También con un mayor riesgo de fatiga crónica, de padecimientos crónico-degenerativos y cardio-vasculares (infarto, hipertensión y diabetes), de intoxicaciones, tumores y mayor siniestralidad laboral. (Espino Granado, 2014: 389)

Específicamente en torno al desempleo, los aportes de McKee-Ryan *et al.* (2005), permiten conceptualizar a la pérdida del empleo como un evento en el ciclo vital que se configura como una experiencia estresante y que se asocia de manera directa con pérdida de salud mental; con padecimientos como la ansiedad, la depresión, consumo de sustancias, tendencia al suicidio y, también, con dolores y malestares físicos, principalmente en el campo de la salud cardiovascular y gastrointestinal (Wanberg, 2001; Hanisch, 1999, citados en McKee-Ryan *et al.*, 2005).

Esta dimensión puede profundizarse a partir de los aportes de Tomasina (2012), quien identifica el "Síndrome del Parado" como emergente en los procesos de salud/enfermedad de quienes se encuentran desempleados en las economías neoliberales. Esta expresión refiere al conjunto de signos y síntomas psicofísicos que ocurren asociados al fenómeno del desempleo, presentados en tres fases: una primera instancia de "signo lúdico", en la que la persona se muestra optimista frente a la disponibilidad de tiempo libre, una segunda fase caracterizada por la presencia de ansiedad, alteraciones digestivas y cardiovasculares y una tercera, que se identifica con un padecimiento subjetivo caracterizado como depresión. A modo de ejemplo, los aportes de Acosta-Rodríguez, Rivera-Martínez y Pulido-Rull (2011)

permiten dimensionar la relación entre desempleo y depresión. Los autores trabajan con un grupo de personas adultas desempleadas en México e identifican que, para el año 2011, más del 50 % de su muestra de estudio presentaba síntomas de depresión severa, con mayor frecuencia de la pérdida de iniciativa y voluntad: "el sujeto pierde la capacidad de tomar decisiones, se siente cansado y sin la posibilidad de realizar actividad alguna" (p. 39) y un proceso de somatización principalmente vinculado a la pérdida de apetito, lo que intensifica la pérdida calórica en su dieta vinculada a la caída de su poder adquisitivo.

Asimismo, Tomasina (2012) plantea que dentro de los emergentes negativos en los procesos de salud-enfermedad de las personas trabajadoras a partir de la flexibilización, desregulación y externalización del mundo del trabajo, se puede identificar un aumento considerable de los accidentes laborales. La autora sostiene que, a pesar de no tratarse de una nueva patología ocupacional, se puede observar un claro aumento de estos en aquellos sectores donde el modelo productivo con base en una relación salarial precaria se ha extendido con más fuerza. El aumento de esta siniestrabilidad se vincula con el modelo de trabajo temporal, de movilidad permanente y ocupación irregular. A modo de ejemplo, retoma indicadores de Argentina, donde se registra un aumento de los accidentes laborales del 18 % y de los accidentes mortales del 11 % si se comparan los últimos cuatrimestres de 2000 y 2001 (Tomasina, 2012).

Las lesiones por esfuerzo repetitivo o LER constituyen otra expresión central en el campo de la salud de quienes trabajan. Tomasina (2012) sostiene que el aumento de estos padecimientos en este modelo productivo responde a las formas de organización de los espacios laborales que no respetan los tiempos fisiológicos necesarios para cada tarea, así como tampoco valoran la necesidad de tiempo de descanso. Si a esto se suma la exigencia de productividad, atada a la remuneración económica, las LER se configuran como una expresión emergente de morbilidad obrera. Los aportes de Plachesi (2015) permiten ejemplificar este fenómeno. La autora, observando la población de trabajadores en una usina eléctrica en Tandil, Provincia de Buenos Aires, identificó que el 56 % de sus lesiones fueron contracturas musculares, asociadas a la carga horaria, el peso y las posturas inadecuadas de trabajo, entre otras.

Por otra parte, el cuidado y las tareas de reproducción, en tanto dimensión constitutiva del mundo del trabajo (Aquín, 2014), constituyen otro elemento central para el campo de la salud pública (Pautassi, 2007). De acuerdo con De León (2021), el trabajo de cuidados forma parte de la economía global y "ha sido reconocido por la OIT como promotor de uno de los mercados más dinámicos en los tiempos de crisis" (p. 73). El cuidado, entonces, presenta

una doble cara: por un lado, es una actividad que tiene una demanda de mercado que va en aumento y, por otro, es una actividad dentro de la cual se producen y reproducen desigualdades de género, clase y raza.

A modo de indicadores que permitan caracterizar su magnitud en la región latinoamericana, para el caso colombiano, en relación con el trabajo remunerado de cuidados, solo el 17 % de las trabajadoras tiene acceso a seguridad social (y, por ende, a prestaciones vinculadas a riesgos generados en su espacio de trabajo) y un 62 % de ellas percibe un salario mínimo o menos. En cuanto al trabajo no remunerado, la desprotección estatal frente a la niñez y la vejez exige una producción doméstica gratuita bajo responsabilidad de las mujeres en torno al cuidado de la vida. Esto se refleja en que el 90 % de las mujeres adultas en Colombia invierten más de 7 horas diarias a las actividades del hogar y no reciben remuneración alguna por su labor (DANE, 2019, como se citó en De León, 2021).

Una dinámica similar se puede identificar para el caso argentino: las demandas de cuidado infantil se concentran, principalmente, en las viviendas de los quintiles más empobrecidos. En el quintil 1 de hogares de acuerdo con sus ingresos monetarios, el 40 % de las viviendas tenían demanda de cuidado infantil alta y muy alta para el año 2019 (INDEC, 2019, como se citó en Arza, 2020).

Asimismo, las desigualdades materiales y simbólicas sobre las que se asienta la distribución contemporánea del cuidado tienen una incidencia clara sobre la salud de las poblaciones. En ese sentido, Ortiz Viveros, Martínez Pacheco y Ortega Herrera (2015) muestran cómo la carga de trabajo doméstico en amas de casa afecta de manera directa su salud psicológica mediante signos de agotamiento emocional y síntomas asociados al estrés como dolores de cabeza, espalda, cuello, pérdida de apetito, etc., y dificultad en la memoria e irritabilidad. En su investigación, identifican que, dentro de la población, más de la mitad de las mujeres involucradas presentó signos de agotamiento emocional (50,2 %) y síntomas asociados al estrés (58,4 %), lo que, en conjunto con la variable de carga de trabajo autopercibida, les permite correlacionar el ejercicio del trabajo doméstico con el Síndrome de Burnout, definido como "el estado final de una progresión de intentos fracasados de manejar el estrés laboral crónico" (p. 50).

Basile y López (2021) permiten complejizar esta relación a partir de su estudio epidemiológico en mujeres cuidadoras en República Dominicana. Identificaron una prevalencia de las siguientes enfermedades en el trabajo doméstico: enfermedades del sistema respiratorio como gripes, influenza o asma (72,5 % de la población en estudio), enfermedades del sistema osteomuscular el tejido conjuntivo, como dolores musculares en espalda y

huesos, artritis y trastornos articulares (80,8 %), enfermedades del sistema nervioso, expresadas en migraña y dolores de cabeza crónicos (46,7 %) y trastornos mentales o del comportamiento, expresados en síntomas de depresión, estrés, angustia y/o ansiedad (31,7 %). Asimismo, registran como principal causa de muerte en las trabajadoras domésticas a las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como diabetes, hipertensión y accidente cerebro vascular.

6. Conclusiones

A lo largo de este documento se presentó un trabajo analítico propuesto con el horizonte de construir mediaciones teóricas entre la desigualdad y el trabajo, como expresiones de la cuestión social, y el campo de la salud pública, a través de dos interrogantes centrales.

En relación con el primero de ellos, cómo se expresa la relación entre la desigualdad y los procesos de distribución y producción de fenómenos de salud/enfermedad/atención/cuidado, el ejercicio analítico ofreció aportes en torno a cuatro fenómenos específicos y fundamentados. En ese sentido, se puede concluir el documento, inicialmente, explicitando las relaciones entre las desigualdades contemporáneas y los índices de esperanza de vida y mortalidad, las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas no transmisibles y las brechas en el acceso a afiliación y atención sanitaria.

En relación con el segundo, cómo se expresa la relación entre el trabajo y la protección social y los procesos de distribución y producción de fenómenos de salud/enfermedad/atención/cuidado, el trabajo analítico permite sostener una serie de conclusiones. En primer lugar, el análisis permite identificar cómo la flexibilización de los mercados laborales y su consecuente dinámica de precarización laboral, se expresan en una serie de fenómenos de salud específicos, a saber: padecimientos de salud mental, tales como ansiedad, estrés y depresión, aumentos de accidentes laborales y lesiones específicas como las de esfuerzo repetitivo. Al mismo tiempo, la división sexual del trabajo que opera en la asignación de tareas de cuidado se vincula con procesos de salud específicos para las mujeres adultas cuidadoras: en el documento se fundamentaron particularidades en torno a la salud mental, respiratoria y osteomuscular.

Ahora bien, luego del análisis realizado, se abren una serie de interrogantes que podrían constituirse como preguntas de investigación para futuros abordajes. Por un lado, quedan aún sin responder los cómo. Es decir, la literatura disponible permite fundamentar sin dificultades que la desigualdad y el mundo del trabajo guardan relación con cada uno de los

fenómenos sanitarios presentados, pero aún quedan pendientes las mediaciones teóricas que den cuenta de las especificidades de esta relación. Las ciencias de la salud deberán aunar esfuerzos para comprender, no solo medir, cómo las desigualdades se traducen en las vidas cotidianas de individuos y poblaciones y permiten formas particulares de enfermar y morir. El paradigma de la complejidad en salud ofrece grandes pistas en este proceso.

Por otro lado, para el campo de la política social se abren grandes vías de discusión. Asumiendo que la cuestión social es una contradicción que, a pesar de ser inherente y originaria del capitalismo moderno, se expresa hoy en maneras específicas de vivir y morir, se abre el interrogante en torno a cómo el diseño de la intervención social del Estado permite atenuar, transformar y/o, por el contrario, consolidar estos padecimientos vitales. El ejercicio analítico presentado, en ese sentido, permite señalar tres puntos críticos que deben constituirse en materia de revisión para el campo de la protección social: en primer lugar, las brechas profundas en la distribución de la riqueza que, gradualmente, colocan a poblaciones en situaciones de extrema vulnerabilidad y desprotección de la vida; segundo, la imposibilidad y limitación del principio contributivo como organizador de la protección y la seguridad social, en una contemporaneidad marcada por la precarización y la flexibilización laboral; y, por último, la centralidad de la división sexual del trabajo que coloca sobre el cuerpo de las mujeres la resolución del cuidado.

Referencias bibliográficas

Acosta-Rodríguez, F., Rivera-Martínez, M. y Pulido-Rull, M. (2011). Depresión y ansiedad en una muestra de individuos mexicanos desempleados. *Journal of Behavior, Health & Social Issues, 3*(1), 35-42. doi: 10.22201/fesi.20070780.2011.3.1.27682

Agudelo, M. (2013). Transformaciones en el mundo del trabajo. Centralidad de la categoría "clase trabajadora" en la explicación de las relaciones sociales capitalistas contemporáneas (análisis teórico crítico sobre las transformaciones en el mundo del trabajo). En C. Giraldo (Ed.), *Política social contemporánea en América Latina. Entre el asistencialismo y el mercado* (pp. 139-158). Bogotá: Ediciones Desde Abajo.

Almeida-Filho, N. D. (2020). Qualidade-equidade em saúde: novos desafios em um estado de mal-estar social. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *24*(1), 1-9. doi: 10.1590/Interface.200171

Almeida Filho, N. y Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Revista cuadernos médico sociales, 75*, 5-30. Recuperado de: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6060

Amable, M. (2009). *La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España*. (Tesis Doctoral, Universitat Pompeu Fabra). Recuperado de: https://repositori.upf.edu/handle/10230/12206

Amable, M., Benach, J., y González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: concepto y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, *4*(4), 169-184. https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1281

Antunes, R. y Praun, L. (2015). A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Revista Serviço Social & Sociedade*, *123*(1), 407-427. doi: 10.1590/0101-6628.030.

Aquín, N. (Ed.). (2014). *Asignación Universal por Hijo. ¿Titulares o tutelados?* Córdoba: Editorial Espacio.

Arias Ortiz, N. y De Vries, E. (2018). Health inequities and cancer survival in Manizales, Colombia: A population-based study. *Colombia Médica, 49*(1), *63-72*. doi: 10.25100/cm.v49i1.3629

Arza, C. (2020). *Familias, cuidado y desigualdad. Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina*. Santiago de Chile: Ediciones CEPAL.

Banco Mundial. (2022). Databank. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/?most_recent_value_desc=true

Basile, G. y López, F. (2021). *Epidemiología del trabajo doméstico*. Santo Domingo: Fundación Friedrich Ebert y FLACSO.

Bauman, Z. (1998). T*rabajo, consumismo y nuevos pobres*. Madrid: Editorial Gedisa.

Benach, J. (2021). La desigualdad social es la peor pandemia. *Salud 2000*, *160*(1), 6-10. https://fadsp.es/wp-content/uploads/2021/07/4-Desigualdad-s2000160.pdf

Benach, J., Vergara, M. y Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Revista PAPELES*, *103*(1), 30-40 https://www.fuhem.es/wp-content/uploads/2018/12/desigualdad_en_salud_BENACH_VERGARA_y_C._20MUNTANER.pdf

Benach, J. y Muntaner, C. (2005). A*prender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud.* Maracay: Ediciones Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon".

Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Ponencia presentada en: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos. Río de Janeiro, Brasil.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *31*(1)13-27. https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado.* Buenos Aires: Paidós.

Ceminari, Y. y Stolkiner, A. (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación. XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2019). *Panorama Social de América Latina 2018*. Santiago de Chile. CEPAL.

De León, A. (2021). Las pugnas de las madres comunitarias por nombrar el trabajo de cuidados. *Razón Crítica*, *11*(11), 65-95. doi: 10.21789/25007807.1763

Domínguez Alonso, E. (2013). Social inequalities and diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, *24*(2), 200-213. https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubend/rce-2013/rce132i.pdf

Domínguez Mon, A. (2015). Cuidados de sí y relaciones de género: trabajo en red en un grupo de personas que viven con diabetes (PVD) en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAP) en José León Suárez, Argentina. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*, *42*(1), 133-154. https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/art

Domínguez Mon, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Revista Salud Colectiva*, *13*(3), 375-390. doi: 10.18294/sc.2017.1156

Eslava Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública, 19*(3), 396-403. doi: 10.15446/rsap.v19n3.68467

Espino Granado, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *34*(122), 385-404 doi: 10.4321/S0211-57352014000200010

Fierros Hernández, A. (2014). Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta Médica de México, 150*(2), 195-199. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49355

Giraldo, C. (2018). *Política social contemporánea. Un paradigma en crisis*. Bogotá: Ediciones Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia.

Gómez R. (2002). La noción de 'salud pública': consecuencias de la polisemia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 20*(1), 101-116. Recuperado de: https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/871/759

Grassi, E. (2006). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Madrid: Herder Editorial.

Hilarión-Gaitán, L., Díaz-Jiménez, D., Cotes-Cantillo, K. y Castañeda-Orjuela, C. (2019). Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *Biomédica, 39*(4), 737-747. doi: 10.7705/biomedica.4453

Ibarra, D. (2014). Los rezagos de la Política Social. *Economía UNAM*, *11*(33): 26-51. doi: 10.1016/S1665-952X(14)72180-2

INE Dr. Juan H. Jara. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. (2015). *Epidemiología de la Tuberculosis*. Buenos Aires: ANLIS.

Jelin, E., Motta, R. y Costa, S. (2020). R*epensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Lewontin, R. y Levins, R. (2015). *El biólogo dialéctico*. Buenos Aires: Ediciones R&R.

Lima Barreto, M. (2017). Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, *22*(7), 2097-2108. doi: 10.1590/1413-81232017227.02742017

Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2018). *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Martinez, R., Soliz, P., Caixeta, R. y Ordunez, P. (2019). Reflection on modern methods: Years of life lost due to premature mortality —a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. *International Journal of Epidemiology*, *48*(4), 1367-1376. doi: 10.1093/ije/dyy254

McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. y Kinicki, A. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology by the American Psychological Association*, *90*(1), 53-76. doi: 10.1037/0021-9010.90.1.53

Mendes Diz, A., Domínguez Mon, A. y Schwarz, P. (2011). *Enfermedades crónicas. Entre la autonomía y el control*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Mora, A. (2021). Renta básica de ciudadanía: una aproximación desde las teorías de la justicia y el pleno empleo "voluntario". *Papel Político*, *26*(1), 1-25. doi: 10.11144/Javeriana.papo26.rbca

Mújica, O. y Moreno, C. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás". *Revista Panamericana de Salud Pública, 43*(12), 1-8. doi: 10.26633/RPSP.2019.12

Organización Internacional del Trabajo. (2017). *Safety and health at work*. Ginebra: OIT.

Organización Internacional del Trabajo. (2018). *Mujeres y hombres en la economía informal: un panorama estadístico*. Ginebra: OIT.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estadísticas sanitarias mundiales. Un resumen visual*. Disponible en: https://www.who.int/es/data/gho/whs-2020-visual-summary

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Dengue. Notas descriptivas*. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue

Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Sarampión. Notas descriptivas*. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe mundial sobre la Tuberculosis. Sinopsis. End TB.* Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_es.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Sarampión. Notas descriptivas. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/sarampion

Ortiz Viveros, G., Martínez Pacheco, A. y Ortega Herrera, E. (2015). Burnout, sobrecarga percibida y sintomatología asociada al estrés en amas de casa mexicanas. En G. Ortiz Viveros e I. Stange Espínola (Comps.), *Psicología de la salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida* (pp. 46-81). Puebla: Ediciones Benémerita Universidad Autónoma de Puebla.

Paredes Hernández, N. (2020). La epidemiología crítica y el despojo de tierras y territorios: una reflexión teórica. *Revista Ciencias de la Salud*, *18*(SPE), 31-51. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8994

Pautassi, L. (2007). E*l cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: Ediciones CEPAL.

Pautassi, L. (2016). La complejidad de articular derechos: alimentación y cuidado. *Revista Salud Colectiva*, *12*(4), 621-634. doi: 10.18294/sc.2016.941

Pereira Díaz, D. (2019). *Epidemiología de muertes prematuras por cáncer, Chile 1990-2017* (Tesis de maestría, Universidad del Norte). Recuperado de: http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7466/Monica.pdf?sequence=1

Plachesi, P. (2015). *Lesiones laborales*. Tesis de Licenciatura, Universidad FASTA. Facultad de Ciencias Médicas.

Ramis Andalia, R. M. (2004). La causalidad compleja: ¿un nuevo paradigma causal en Epidemiología? *Revista Cubana de Salud Pública, 30*(3), 1-14. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000300010&script=sci_arttext&tlng=pt

Ramis Andalia, R. M. y Sotolongo Codina, P. L. (2009). Aportes del pensamiento y las ciencias de la complejidad al estudio de los determinantes de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, *35*(4), 65-77. doi: 10.1590/s0864-34662009000400008

Ribeiro, M., Azevedo, C., Nogueira, M., Goncalves, I, De Vasconcellos, R. *et al.* (2015). La supervivencia del cáncer de mama y la inequidad en salud. *Cadernos de Saúde Pública, 31*(8), 1673-1684.doi: 10.1590/0102-311X00145214

Sarmiento Machado, J. (2013). Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*, *17*(2), 151-161. doi: 10.5354/0719-5281.2013.27116

Sora, B., Caballer, A. y Peiró, J. (2014). La inseguridad laboral y sus consecuencias en un contexto de crisis económica. *Papeles del Psicólogo, 35*(1), 15-21 https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2317.pdf

Therborn, G. (2010). Os campos de extermínio da desigualdade. *Novos Estudos CEBRAP*, *87*(1), 145–156. doi: 10.1590/S0101-33002010000200009

Therborn, G. (2013). *La desigualdad mata.* Madrid: Alianza Editorial.

Tomasina, F. (2012). Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual. *Revista Salud Pública, 14*(1), 56-67. https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/34063/34196

Topalov, C. (2004). De la cuestión social a los problemas urbanos: los reformadores y la población de las metrópolis a principios del siglo XX. En C. Danani (Comp.), *Política social y economía social: debates fundamentales* (pp. 41-71). Buenos Aires: Editorial Altamira.

Torres-Tovar, M. (2019). Protección de la salud en el trabajo: de lo indemnizatorio mercantil al real cuidado de la salud. *Salud de los Trabajadores, 27*(2), 133-146. http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/vol27n2/art02.pdf

Torres-Tovar, M. (2020). *Luchas obreras por la salud en Colombia: el caso de las asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo.* (Tesis doctoral Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia). Recuperada de: https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77727?show=full

Viáfara-López, C., Palacios-Quejada, G. y Banguera-Obregón, A. (2021). Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal. *Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, 1-9. doi: 10.26633/RPSP.2021.18

Vite Pérez, M. (2007). La nueva desigualdad social. Revista Problemas del desarrollo, 38(148), 41-68. doi: 10.22201/iiec.20078951e.2007.148.7648

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)Felicidad colectiva.* Madrid: Turner Libros.

Zubero, I. (2000). *El derecho a vivir con dignidad: del pleno empleo al empleo pleno*. Madrid: Ediciones HOAC.